Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling.)

Über Entwicklung von Geistesstörung nach Unfall.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Willi Feige
aus Ilfeld i. Harz.

Kiel 1914.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling.)

Über Entwicklung von Geistesstörung nach Unfall.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Willi Feige
aus Ilfeld i. Harz.

Kiel 1914.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 46.
Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Anschütz,**
z. Zt. Dekan.

Von den verschiedenen Ursachen, die zu einer Geisteskrankheit führen können, wird in unserer Zeit der Industrie und des Verkehrs eine vielleicht immer größere Bedeutung erlangen, nämlich das Trauma.

Daß ein psychisches Trauma, wie z. B. ein heftiger Schreck, die Spannung, die eine große Gefahr mit sich bringt, Geistesstörungen veranlassen können, ist auch schon im Volke bekannt. Auch ein Teil der mechanischen Traumen wird schon seit langer Zeit als auslösendes Moment für gewisse Geisteskrankheiten angesehen; ich meine hier die mechanischen Traumen, die das Hirn und seine Hüllen treffen und so sichtbare Veränderungen hinterlassen. Diese Fälle der sogenannten organischen Psychosen gehen mit objektiven, auf Herderkrankungen des Gehirns hinweisenden Symptomen einher und verlaufen zum Teil sehr rasch unter dem Bilde einer foudroyanten Paralyse.

Etwas ferner liegend mag es im Anfang scheinen, daß Verletzungen, die gar nicht einmal den Kopf getroffen haben, eine Krankheit hervorrufen oder auslösen können, die doch eine Krankheit des Gehirnes ist. Doch führt, auch wenn eine etwa später stattfindende Sektion nicht Zeichen einer Hirnläsion (durch Embolie) bringt, die Erfahrung bei dem Vergleich vieler Fälle, der zeitliche Zusammenhang des Eintretens der Krankheit mit einem Unfall und anderes mehr, dazu, daß man das Bestehen dieser Art der posttraumatischen Psychose annehmen muß.

Die Psychose selbst, die durch das Trauma veranlaßt wird, ist keineswegs für das Trauma spezifisch. So wie nach Infektionskrankheiten Psychosen folgen können, die

nach Symptomen, Verlauf und Ausgang ganz verschiedenartig gestaltet sein können und nichts an sich haben, was auf den anscheinend zugrunde liegenden ätiologischen Faktor hinweist, so vermögen auch nach einem traumatischen Insult funktionelle Psychosen außerordentlich mannigfaltiger Art einzutreten.

Wenn man jedoch eine größere Reihe von Fällen mustert, so kehrt doch ziemlich häufig ein Symptomenkomplex wieder, der diesen posttraumatischen Krankheitsbildern ein bestimmtes Gepräge aufdrückt. Es sind dies die Symptome der traurigen Verstimmung, mitunter bis zur Angst gesteigert; ferner die Verlangsamung sowohl des Gedankenablaufes als auch der Muskeltätigkeit bis zur vollständigen Hemmung. Manchmal kommen dazu einige der eigenartigen Störungen im Bereich der willkürlichen Muskulatur, die man als katatone Symptome bezeichnet, also Neigung zu automatenhaften oder monotonen Bewegungen, kataleptische Haltung der Glieder, passiver Widerstand bei jedem Versuch, eine Zwangshaltung zu beseitigen.

In anderen Fällen beherrschen Halluzinationen und entsprechende Wahnideen vorwiegend das Krankheitsbild und geben ihm den Charakter einer Paranoia.

So sah Thiem bei einem 40jährigen Mann, dem durch einen Eisenbahnzug eine mäßige Verletzung der Zehen zugefügt war, nach einem Prodromalstadium mit hypochondrischen Empfindungen Paranoia auftreten. Über einen weiteren Fall von Paranoia berichtet Hasche-Klünder in seinem Artikel „Über atypisch verlaufende Psychosen nach Unfall". Hier entstand die funktionelle Psychose im Anschluß an eine Verletzung der Hand.

Die Frage, ob das Trauma die eigentliche Ursache für die Geisteskrankheit ist oder nur als auslösendes Moment wirkt, könnte man bei den funktionellen Psychosen einerseits dahin beantworten, daß im betreffenden Falle eine gewisse Labilität des Gehirns bestände; andererseits hat aber

die funktionelle Erkrankung doch sicherlich ein anatomisches Substrat, wenn auch dieses zu erkennen uns mit unseren Instrumenten noch nicht gelingt. In diesem Sinne würde die posttraumatische funktionelle Erkrankung auch ohne Disposition des Individuums als direkte Folge des Traumas aufgefaßt werden können.

Im folgenden werde ich eine Paranoia hallucinatoria chronica, die durch ein Trauma, das nicht den Schädel traf, entstand, schildern, um so einen weiteren dieser interessanten Fälle der Öffentlichkeit zu übergeben.

Es handelt sich um den Korbflechter R. R. aus Kiel. Patient ist am 16. IV. 77 in B. geboren, verheiratet, katholischer Konfession. Geistes- und Nervenkrankheiten bestehen nicht in der Familie.

Am 25. IV. 1912 kam Patient auf Veranlassung der Eisenbahndirektion A. zur Begutachtung allein aus der Chirurgischen Klinik in die Psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel. Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab folgenden Befund:

Status somaticus:

Größe: 164 cm.
Gewicht: 56,5 kg.
Temperatur: 36,6°.

Patient zeigt mäßig kräftigen Knochenbau und mäßige Muskulatur und befindet sich in leidlichem Ernährungszustand.

Die Schleimhäute sind mäßig gefüllt.

Der Schädel weist keinerlei Anomalien auf und ist beim Beklopfen nicht empfindlich.

Die Pupillen sind über mittelweit, gleich und rund und reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz.

Die Augenbewegungen sind frei, und das Facialisgebiet wird symmetrisch innerviert.

Die Zunge ist nicht belegt, zittert nicht und wird gerade herausgestreckt.

Die Reflexe der oberen Extremitäten sind lebhaft.

Die mechanische Muskelerregbarkeit ist lebhaft, gleich.

Es besteht ein deutliches, vasomotorisches Nachröten.

Die großen Nervenstämme zeigen keine Druckempfindlichkeit.

Kein Tremor und keine Ataxie der Hände.

Die grobe Kraft bei Händedruck ist rechts gleich links.

Die Bauchdeckenreflexe sind gesteigert.

Der Cremasterreflex ist lebhaft.

Das Kniephänomen ist rechts lebhaft.

Die Sensibilität ist intakt.

Der Unterschenkel ist rechts handbreit unterhalb des Knies amputiert, links Exartikulation im Kniegelenk.

Die Herztöne sind rein; der Puls = 60, regelmäßig, mittelkräftig, zeitweise etwas schwächer.

Die inneren Organe bieten keinerlei Besonderheiten.

Status psychicus:

Die Orientierung ist prompt.

Auf der Schule sei er etwas schwer mitgekommen, hätte nicht gut auswendig lernen können, mit 14 Jahren sei er konfirmiert. Zu Hause habe er als Landwirt gearbeitet, bis er 1897 beim Militär eintrat, das er 1902 als Unteroffizier wieder verließ. Er sei dann an die Bahn nach Kiel gegangen, wo er zunächst Rottenarbeiter, dann Rangierer und Schaffner und zuletzt Weichensteller gewesen sei. Im Jahre 1906 habe er einen Unfall gehabt: Beim Weichenstellen sei er etwas unvorsichtig gewesen und sei so unter die Räder eines Rangierwagens gekommen. Nur etwas ohnmächtig, nicht bewußtlos, sei er mit einem Notverband zur Chirurgischen Klinik gebracht. Er sei jetzt hierher gekommen, weil Dr. H. meinte, er werde mit ihm nicht fertig. Er glaube, die Herren Ärzte meinten, er komme wegen Erhöhung seiner Unfallrente. Er habe selbst beantragt, in die Chirurgische Klinik aufgenommen zu werden, damit man feststelle, ob er geschlechtskrank sei. Er habe

gemeint, man könne etwas herausnehmen, bezw. er habe gedacht, man solle die Sache aufschneiden, damit Abhilfe geschafft werde. Er sei schon seit zwei Jahren von der Frau verlassen; er hätte damals Streit mit ihr gehabt, weil sie ihn weggeschickt habe, indem sie behauptete, er sei eifersüchtig. Die Frau habe sich unanständig in Anwesenheit von allerlei Herren benommen; er habe zuletzt wohl auch vermutet, die Frau habe mit diesen Verkehr, weil sie ihm gar nicht mehr frei in die Augen sehen konnte. Die Frau habe die Fenster aufgerissen, wenn er zu ihr etwas gesagt habe, damit die Leute auf der Straße es hörten. Zuletzt habe sie ihm gar nichts mehr zu essen gegeben, obwohl sie seine Rente entgegengenommen hätte. Er habe sich deshalb ans Gericht gewandt; das Gericht aber habe nichts anderes machen können, als ihm einen Pfleger zu stellen. Dann habe die Frau ihm seine Möbel verkauft und habe ihn verlassen. Das Gericht habe nichts machen können, und auf Scheidung habe er nicht klagen wollen. Er habe aber dann, als die Frau wegblieb, Aufhebung der Pflegschaft beantragt. Diese Angelegenheit habe ihn sehr aufgeregt, er habe viel darüber nachdenken müssen. Auch habe er wegen seiner Beine Schwierigkeiten gehabt, im Haushalte sich alles selbst zu besorgen. Schon vor ihrem Weggange habe die Frau die Kohabitation verweigert mit der Begründung, dafür könne sie 5 und 20 Mk. mehr haben, er solle es mit anderen Frauen machen. Sie habe zu anderen Frauen gesagt, sie möge ihn nicht mehr leiden, sie wolle auch nicht mehr mit ihm spazieren gehen, sie könnte sich nicht daran gewöhnen, daß er keine Beine habe. Er wisse nicht, warum die Frau ihm die Kohabitation verweigert habe. Als er dadurch in Abstinenz gekommen sei, da habe er einen eigentümlichen Reiz gehabt. Er habe sich damals eingebildet, er hätte sich bei der Frau, die Ausfluß hatte, angesteckt. Als er aber nachher im Krankenhaus wieder gesund wurde, habe er diese Idee aufgegeben.

1909 habe die Frau ihm Mädchen ins Haus geschickt, damit er sich an ihnen vergehen sollte, damit sie ihn dadurch los werden könnte. Das habe er damals zwar nicht gewußt, er habe es erst gemerkt, als man ihn nach dem Weggang der Frau immer anfrug, ob er eine andere Frau hätte, d. h. man habe so hintenherum ihn ausgefragt. Wie die Leute dazu gekommen, das wisse er nicht; er glaube aber, daß an all dem die eigene Frau schuld sei, die dadurch eine Handhabe hätte ausfindig machen wollen, um ihn los zu werden. Die Frau habe sich mit Abtreibereien abgegeben. Es sei ihm selbst aufgefallen, daß ein Mädchen mit dickem Leib nach häufigeren Besuchen schlank und blaß wurde. Die Frau habe es ihm nicht eingestanden, aber sie hätte so merkwürdig verlegen gelächelt. Eine Handhabe habe er nicht gehabt, um sie zur Anzeige zu bringen.

Seit über einem Jahre werde er hypnotisiert. Zuerst sei ihm auf Logis Öl in den Tee gegossen von der Familie L., um ihn zu ärgern, ja, es sei vielleicht sogar anzunehmen, um ihn aus der Welt zu schaffen, um seine Sachen zu bekommen. Der Schwiegersohn habe zwei- bis dreimal gesagt: „Geben Sie ihm, daß er genug kriegt." Die Leute hätten nur gewollt, daß er sie wegen Giftmordes anzeigte; sie hätten gesagt, wenn er sie anzeige, dann würden sie was anderes sagen. Das komme durch die Hypnotisiererei; von dem Tage an sei er immer hypnotisiert worden; erst sagten die Logiswirte L. hinter seinem Rücken oder ihm ins Gesicht: „Er kann das Beraten nicht vertragen, er hat sich einen abgewichst." Seitdem wäre er auf der Straße immer angeguckt, und die Leute auf der Straße hätten ihm vorgesagt, wohin er gehen und was er denken müsse. Nur gelegentlich habe er etwas anderes oder das Gegenteil von dem tun können. Er habe sich darüber sehr gegrämt. Oft hätten die Leute gesprochen: „Ist er noch normal? Dann kann er hinfahren, wohin er will". Wenn er nach Hause

gefahren sei, sagten sie es auch. Die ganze Nachbarschaft wußte schließlich, was er für die nächsten 10 Minuten vorhatte. Er sei viel ausgelacht worden wegen seiner Tapferkeit oder wegen seiner Dummheit: „Er ist ein Teufelskerl, ein ganz verteufelter Kerl.“ Er sei immer seiner Wege gefahren, als wenn nichts wäre. Manchmal hätten die Logiswirte L. die Nase vor ihm gerümpft, ausgespuckt und auf ihn hingedeutet. So oft er seinen Logiswirten oder auch anderen begegnete, habe er heftige Stiche über die Magengegend hin oder zwei- bis dreimaliges Durchreißen verspürt. Er sei auch mit Flaschen beeinflußt worden, die sie nachts vor seinem Fenster aufmachten; er sei dadurch aufgewacht und habe trockenes Gefühl im Hals verspürt. Er habe das gesehen oder gehört. Seine Logiswirte hätten auch Rauch und komischen Geruch gemacht, sicher nur seinetwegen. Er habe auch vielfach abends nach Frauen gerochen; damit wollte man ihn geil machen, um ihm nachher Frauen zuführen zu können. Herr L. tat dies, um davon Spesen zu haben. Die Frau habe sich dann sogleich in seinem Schlafzimmer ausgezogen und er habe mit Mühe und Not gegen seinen Willen den Beischlaf ausgeführt; er habe 4 Mk. dafür bezahlt. Schließlich sei er wegen dieser Beeinflussungen nach der B.-Straße verzogen (März 1911). Hier habe die Logiswirtin, Frau G., nachts ihn durch Flaschen geweckt, wonach er ebenfalls Trockenheit im Halse verspürt habe. Er habe sich das verbeten. Daraufhin sei die Frau so böse geworden, daß er wieder auszog (nach 14 Tagen). In seiner neuen Wohnung in der Sch.-Straße seien aber auch wieder viele Frauen gewesen, bekannte und unbekannte, die ihn hypnotisieren wollten und nachts durch Getrampel über seinem Schlafzimmer geärgert hätten. Sie hätten immer zusammengestanden und über ihn gesprochen, auch hätten sie immer gewußt, was er machte. Das sei auch auf hypnotischem Wege gewesen. Sie drückten sich meistens so zweideutig aus, daß er nichts verstehen konnte und irregeführt wurde.

Nachts wurde häufig Licht oder Krach gemacht; um ihn in Angst zu bringen, fragten sie: „Will er sich denn nicht aufhängen?“ Wenn er betete, hätten sie dazu meist unanständige Lieder gesungen, um ihm die Gedanken abzuziehen, ihn aus der Andacht zu bringen. Zuletzt wäre er durch Stimmen, die von der Straße herkamen, getrieben, vom Glauben abzufallen. Wenn er dann nachsehen wollte, was es für Menschen wären, waren sie verschwunden. Wenn er zur Kirche fuhr, dann sei er ausgelacht; wenn er nachts Pollutionen hatte, dann sei es ihm gewesen, als wenn Frauen bei ihm lägen. Wenn er dann morgens aufstand, dann sei ihm von draußen zugerufen, er habe Pollutionen gehabt. —

Patient verhielt sich während der nächsten Tage ruhig, war freundlich, nur klagte er über wechselnde Schmerzen im Rücken und in den Beinen. Er spielt Karten und unterhält sich mit seinen Mitpatienten. Gelegentlich beklagt er sich, man spräche über ihn, weil er Katholik sei.

12. V. Er berichtet von eigentümlichen Sensationen im Rücken.

15. V. Patient wird gebessert nach abgeschlossener Beobachtung nach Hause in Familienpflege entlassen.

Auf Grund dieser Beobachtungen und der Ergebnisse mehrfacher besonderer Untersuchungen, sowie auf Grund der anderen vorhandenen Belege, Akten der Eisenbahndirektion A. und Gutachten der Chirurgischen Klinik, wurde nun ein durch die Eisenbahndirektion A. eingefordertes Gutachten in folgender Weise erstattet:

Aus der Vorgeschichte sei hervorgehoben, daß Dr. D. am 27. IX. 06 den am 31. V. 06 verunglückten R. für Arbeiten im Sitzen für fähig erachtet hat und am 7. II. 08 eine Besserung des Ernährungszustandes und der Gehfähigkeit feststellte, so daß er für 75% erwerbsbeschränkt erschien. Erstmals am 13. III. 08 hat R. Magenbeschwerden, sowie Schmerzen im Rücken, in den Schultern und den

Armen vorgebracht, infolge deren er zu längerem Sitzen unfähig sei. Am 21. IV. 08 klagte er über Übelkeit am Morgen, Verstopfung, Aufstoßen und Druck in der Magengegend, später noch über Schwindelanfälle und häufiges Unwohlsein. Das Schiedsgericht des Reichsversicherungsamts hat am 29. IV. bezw. 24. XI. 08 die Unfallrente auf 90% festgesetzt, da R. sich an das Tragen der künstlichen Glieder gewöhnt habe und fähig sei, Arbeiten im Sitzen auszuführen. Erstmals hat Dr. H. am 14. II. 10 auf die starke Neurasthenie R.'s und die Möglichkeit der Entwicklung eines Querulantentums hingewiesen und die vorher auf 66% herabgesetzte Rente auf 75% geschätzt. R. wurde dann vom 2. X. bis 14. IX. 09 und vom 20. V. bis 26. IX. 10 im Städt. Krankenhaus behandelt. Dr. T. kam dabei am 22. VI. zu dem Ergebnis, daß die allgemeine, aber hochgradige Nervenschwäche mit ihren Begleiterscheinungen, wie Hals-, Magen- und anderen Beschwerden, eine Folge des Unfalls sei. Noch stärker traten die Beschwerden des R. am 15. X. 10 hervor; er klagte dauernd über Gefühle von Kitzeln und Brennen im Hals, Aufstoßen, Sodbrennen, Magenschmerzen, Heißhunger abwechselnd mit Appetitlosigkeit, Kreuzschmerzen nach längerem Sitzen, außerordentliche Schwäche und dergleichen mehr. Objektiv fand sich Reflexerhöhung, Dermographie sowie eine große Neigung zum Querulieren, kurz alle Zeichen der traumatischen Neurose, durch die er in Verbindung mit dem Verlust der Beine nach der Schätzung des Herrn Prof. H. 80% erwerbsbeschränkt sei.

R. hat dann am 9. IX. die hiesige Poliklinik aufgesucht und damals eine Reihe von Beschwerden und Vorstellungen geäußert, die als wahnhaft aufgefaßt werden mußten. Er berichtete von eigentümlichen Sensationen von seiten der Geschlechtssphäre, in die sich der nervöse Reiz geschlagen habe, er berichtet von Verfolgungen, die er zu erleiden habe, von geheimnisvollen Stimmen, die er hörte, von dem Sprechen der Leute über ihn, die ihm seine Leiden zufügten. Seit

Februar werde er für verrückt erklärt. Eine unsichtbare Frau habe gesprochen: „das geht wieder von vorn an"; da habe er Brechreiz bekommen usw.

Aus dem nervösen Befund sei erwähnt: Augen, Hirnnerven ungestört. Mechanische Muskelerregbarkeit, Nachröten der Haut lebhaft; Bauchdeckenreflexe gesteigert; Kniephänomen rechts lebhaft; Hautempfindlichkeit ungestört. Er zeigte sich hier völlig ruhig, klar und geordnet, war durchweg freundlich, nur zeitweise etwas verstimmt, dann aber wieder vergnüglich lächelnd. Auf Befragen klagte er gelegentlich über wechselnde Schmerzen im Rücken und in den Beinen, dann über kugelartige Empfindungen in den Schultern, in der Harnröhre, Trieb nach unten und dergl. Nach längerem Zureden bei späteren Untersuchungen berichtet er dann von sehr eigentümlichen Erlebnissen, die er im letzten Jahre gehabt habe: Die Frau habe ihn verlassen mit der Begründung, sie könne sich nicht daran gewöhnen, daß er keine Beine habe, mit ihm humpele sie nicht durch die Stadt. Auch habe sie ihn geschlechtlich angesteckt und dann, nachdem sie ihm wegen des Mangels seiner Beine den Beischlaf verweigert habe, weggeschickt, da er ja eifersüchtig sei. Dann habe sie ihm auch seine Möbel verkauft, ihm Mädchen in die Wohnung geschickt, an denen er sich vergehen sollte, nur damit sie eine Handhabe gegen ihn bekäme. Seit über einem Jahre werde er hypnotisiert, seine Hausleute hätten ihm Öl in den Tee gegossen, nur um ihn zu ärgern oder aus der Welt zu schaffen; er habe entsprechende Bemerkungen gehört. Man habe ihn zur Anzeige treiben wollen, weil er Selbstbefriedigung getrieben habe. Die Leute auf der Straße sagten ihm vor, wohin er gehen müßte, ja sie wußten immer voraus, was er in den nächsten Minuten tun mußte. Man habe ihn angelacht, seine geistige Gesundheit in Frage gezogen, ihn laut einen verteufelten Kerl genannt. Die Logisleute hätten vor ihm ausgespuckt und die Nase gerümpft. Wo sie hindeuteten,

verspürte er heftige Stiche; man trocknete ihm mit Flaschen den Mund aus. Abends habe er nach Frauen gerochen und schließlich sei auch eine gekommen und habe ihn zum Verkehr gezwungen, so daß er schließlich habe ausziehen müssen. Aber auch in der neuen Wohnung habe man ihn geärgert, beeinflußt, mit Flaschen geweckt, über ihm getrampelt. Frauen hätten ihn hypnotisiert, so daß sie wußten, was er machte. Durch Licht und Lärm habe man ihn in Angst versetzt. Wenn er betete, sangen sie unanständige Lieder. Nachts habe er das Gefühl gehabt, als wenn Frauen auf ihm lägen. Stimmen hätten ihn vom Glauben weggetrieben. Wenn er nachsehen wollte, waren sie verschwunden. Auch beklagte er sich gelegentlich darüber, daß man über ihn spräche, weil er der einzige Katholik sei. Im ganzen hielt er sich aber ruhig und freundlich.

Begutachtung.

Die schon am 9. IX. 11 in hiesiger Poliklinik gestellte Diagnose einer chronischen halluzinator. Paranoia, d. h. einer geistigen Erkrankung, die mit Sinnestäuschungen einhergeht und im wesentlichen durch die fortschreitende Wahnvorstellung charakterisiert ist, hat sich auf Grund der längeren Beobachtung in der Klinik durchaus bestätigt. Aus unserer obigen Darstellung ist ersichtlich, wie R. seit Jahren Vorgänge seiner Umgebung in krankhafter (illusionärer) Weise um- und ausgedeutet und mit anderen vermeintlichen Wahrnehmungen, d. h. Sinnestäuschungen des Gesichts, Gehörs, Geruchs, Gefühls und Geschmacks, verknüpft hat zu einem System von sehr eigenartigen Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnvorstellungen, die vollkommen seinen Standpunkt gegenüber der Umgebung verrückt haben und auch weiterhin alle seine Lebenserfahrungen in ihrem Sinne verändern. Nur die äußere Ruhe, die R. die Zeit her dabei bewahrt hat, und die bei derartigen Kranken häufige Tendenz und Gewandtheit, ihre krankhaften Vorstellungen zu ver-

stecken, um nicht für krank gehalten zu werden (Dissimulation), die ja auch bei dem hiesigen Aufenthalte auffällig gewesen ist, machen es erklärlich, daß nicht schon früher die vorhandene geistige Störung bemerkt wurde. Von diesem Gesichtspunkte aus verdienen heute zahlreiche Beschwerden aus früherer Zeit, die als Zeichen der Neurasthenie imponiert haben, eine andere Beurteilung. Sie sind zweifellos als die ersten hypochondrischen Symptome dieser geistigen Erkrankung anzusehen, deren Beginn somit ungefähr in das Jahr 1908 zurückzuverlegen sein wird. Die an und für sich naturgemäß sehr berechtigte und auch bei früheren Begutachtungen mit Grund bejahte Frage der bewußten Übertreibung wird entsprechend der Feststellung einer in dieser Weise nicht darstellbaren geistigen Störung und nicht zuletzt nach dem Gesamteindruck, den wir von R. gewonnen haben, hinfällig.

Was die Frage der Entstehung dieser Geistesstörung anlangt, so ergibt sich der Zusammenhang derselben mit dem Unfall von 1906 auf Grund unserer obigen Auffassung der ursprünglichen nervösen Beschwerden im Zusammenhang mit der Tatsache, daß diese nach unserer Auffassung durchaus mit Recht von allen Herren Vorgutachtern auf den Unfall zurückgeführt wurden, von selbst. Aber abgesehen davon spricht der psychologische Zusammenhang: daß die Hilflosigkeit und soziale Isolierung, in die ein bis dahin geistig und körperlich vollwertiges Individuum rein durch körperliche Folgen eines Unfalles nach und nach hineingetrieben worden ist, die Ursache einer sich ganz schleichend entwickelnden Umwandlung der geistigen Persönlichkeit und speziell ihrer Beziehungen zur Umgebung abgegeben hat, unbedingt für den ursächlichen Zusammenhang dieser geistigen Störung mit dem Unfall.

Wenn auch R. trotz jener zurzeit noch in der Lage ist, sich sozial zu halten, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, daß R., ganz abgesehen davon, daß er infolge

des körperlichen Gebrechens zu einer sitzenden Beschäftigung verdammt ist, allein durch die geistige Störung an der regelmäßigen Ausübung einer Handarbeit behindert ist. Erwägt man ferner, daß er durch die abwechselnd auftretenden Schmerzen in den verschiedensten Körperteilen weiter noch in der Ausführung von Handarbeiten beschränkt ist, so wird man mit einer Schätzung der noch vorhandenen Gesamterwerbsfähigkeit auf 10% nicht zu hoch greifen.

Zusammenfassend gebe ich mein Gutachten dahin ab:

1. das jetzige Leiden des R. ist als Folge des Unfalls von 1906 aufzufassen,
2. die Gesamterwerbsfähigkeit des R. wird auf 10% geschätzt.

Unser Fall hat in der mitgeteilten Begutachtung eine eingehende kritische Würdigung gefunden, und auch in der diagnostischen Auffassung kann kein Zweifel bestehen, daß es sich um eine typische Paranoia hallucinatoria chronica handelt.

Die Prognose ist ganz ernst, da nur selten Heilung beobachtet wird. Ab und zu kommen wohl Remissionen vor, aber meist halten sie nur kurze Zeit an. So ist auch in unserem Falle eine deutliche Besserung durch die Anstaltspflege zu erkennen, so daß der Patient in Familienpflege nach Hause entlassen werden konnte.

Die Therapie kann nur in dem Versuch bestehen, den Kranken durch Zerstreuung und geeignete Beschäftigung von seinen Ideen abzulenken. Außerdem ist stets darauf zu achten, daß bei einer Krankheit, wie die Paranoia, bei der die Reaktion auf die Wahnvorstellung so lebhaft ist, der Kranke nicht in Konflikt mit dem Strafgesetzbuch kommt, da in späteren Stadien die Kranken leicht zu gewalttätigen Angriffen unnd Attentaten gegen ihre vermeintlichen Gegner vorgehen.

Zum Schlusse erfülle ich hiermit die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Falles und die liebenswürdige Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.
2. Edel (Münchener Medizin. Wochenschrift, 1901).
3. Frank (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1910).
4. Hasche-Klünder, Archiv für Psychiatrie und Nerven, 44. Band.
5. v. Kutschera (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1897).
6. Schilling, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Unfall, Inaug.-Dissert., Kiel 1910.
7. Schürmann, Traumat. Irresein, Inaug.-Dissert., Berlin 1904.
8. Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen.
9. Weber (Deutsche Medizin. Wochenschrift, 1905).
10. Wende Kreuzberg (Münchener Medizin. Wochenschrift, 1904).

Lebenslauf.

Ich, Karl Julius Ernst Willi Feige, evang.-luth. Konfession, bin als Sohn des Königl. Revierförsters G. Feige zu Ilfeld im Harz am 21. August 1885 geboren. Ostern 1907 bestand ich auf der Königl. Klosterschule zu Ilfeld, der ich von Untertertia angehörte, das Abiturientenexamen. Ich studierte drei Semester in Leipzig und zwei Semester in Rostock, wo ich Ende Juli 1909 das Physikum machte. Darauf studierte ich ein Semester wieder in Leipzig, ein Semester in Göttingen und drei Semester in Kiel, wo ich Anfang Juni 1912 das medizinische Staatsexamen beendete.